

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

823

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

HALIMI Micaël, Richard

né le 7 Mars 1933 à TUNIS (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le : 1960

L' EVIDEMENT RETROGRADE

OU

EVIDEMENT ATTICO-ANTRO-MASTOIDIEN

Président : Mr. AUBRY, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

HALIMI Micaël, Richard

né le 7 Mars 1933 à TUNIS (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le :

L' EVIDEMENT RETROGRADE

OU

EVIDEMENT ATTICO-ANTRO-MASTOÏDIEN

Président : Mr. AUBRY, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof: à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof: à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof: à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DEGOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Boca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	Bouicaut LENÈGRE (J.)
	Broussais SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	St-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
	JOANNON (P.)
	DEPARIS (M.)
	DESOILLE (H.)
	PIÉDELIEVRE (R.)
	GALLIARD (H.)
	COUVELAIRE (R.)
	LAVIER (G.)
	MERKLEN (F.-P.)
	MILLIEZ (P.)
	GARCIN (R.)
	CHEYMOL (J.)
	LÉVY (Mlle J.)
	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
	DESGREZ (H.)
	LÉGER (L.)
	BROUET (G.)
Médecine du Travail	
Médecine légale	
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	
Pathologie expérimentale et comparée	
Pathologie médicale	
Pathologie et thérapeutique générales	
Pharmacologie	
» (Prof ^r à titre personnel)	
Physiologie	
» (Prof ^r à titre personnel)	
Physique médicale	
» » (Prof ^r à titre personnel)	
Radiologie médicale	
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	
Thérapeutique	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie.	CABROL (G.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie.	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie.	VOURC'H (G.)	Parasitologie.	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie.	NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. par. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale.	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
Carcinologie.	DENOIX (P.) MATHE (G.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie.	DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Embryologie.	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.		
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie.	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène.	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mlle L.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale.	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail.	ALBAHARY (C.)		
Neurologie.	LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.)		
Obstétrique	MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Ophthalmologie.	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
	{ JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	{ MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	{ KOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	{ POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	{ ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.)		{ CERNÉA (P.)
	{ LECHAT (P.)	Stomatologie	{ CHAPUT (A ^{me} A.), m.c. agr
			{ GRELLET (M.)
Physiologie	{ PARROT (J.), pr. s. ch.		
	{ DEJOURS (P.)	Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.)
	{ GOUGEROT (L.), m. conf.		{ LAMOTTE (M.)
Physique médicale	{ pr. s. ch.		
	{ KELLERSHOHN	Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE		
	{ ABOULKER (P.)	Clinique obstétricale . .	{ GRASSET (J.)
	{ AMELINE (A.), pr. s. ch.		{ LEPAGE (F.)
	{ HUGUIER (J.)		{ MAYER (M.)
Clinique chirurgicale . . .	{ OLIVIER (C.)		{ RAVINA (J.)
	{ PADOVANI (P.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.)
	{ POILLEUX (F.)		{ OFFRET (G.)
	{ ROUX (M.)		
	{ VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo-	
		logique	MADURO (R.)
	{ BOUDIN (G.)	Clinique pédiatrique et pué-	
	{ CONTE (M.)	riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ DOMART (A.)		
	{ PERRAULT (M.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	{ RAMBERT (P.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	{ THIEFFRY (S.)	Médecine légale	GAULTIER
	{ TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs Milles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires { Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

HALIMI, MICAEL, RICHARD

né le 7 Mars 1933 à TUNIS (Tunisie)

Externe des Hôpitaux de Paris.

A MA TRES CHERE MERE

A MON CHER PAPA SIMON

A MES SOEURS ET BEAUX-FRERES

A MES NEVEUX JEAN-LUC ET YAN.

A mon Oncle ARMAND et ma Tante LUCIENNE.

A mon Oncle MAURICE, sa mère, sa femme, et tous ses enfants

A tous mes parents

A tous mes amis.

A MA TRES CHERE FLORA.

A Monsieur le Professeur AUBRY

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A mon Maître le Docteur MASPETIOL

Qui m'a inspiré cette thèse,
en témoignage de ma reconnaissance.

A mes amis

Le Docteur MATHIEU

le Docteur SEMETTE

Qui m'ont guidé et éclairé de leurs
conseils dans la réalisation de cette
thèse.

A mes maîtres d'Externat

- Professeur MOULONGUET

- Professeur VARANGOT

- Docteur NETTER

- Professeur RAMBERT

- Docteur FOUMAILLOUX

L' EVIDEMENT RETROGRADE
ou
EVIDEMENT ATTICO - ANTRO - MASTOIDIEN

INTRODUCTION

Il ne suffit pas actuellement de tarir un écoulement purulent, de cureter les lésions ostéitiques, d'enlever un cholestéatome, de prévenir les complications labyrinthiques ou intracrâniennes, encore faut il préserver la fonction de l'oreille.

Les antibiotiques et les techniques d'observations optiques peropératoires ont permis d'élargir le champs d'action des chirurgiens.

Leur audace et leur habileté permettent la sauvegarde ou la restauration de la fonction de l'oreille sans négliger toutefois les exigences d'ordre esthétique. Toutes ces considérations ont remis en question les voies d'abord de l'oreille moyenne.

Elles doivent dès lors répondre à plusieurs impératifs :

- donner un jour suffisant au champ opératoire.
- être sans danger pour les différents organes de la région.
- ne pas laisser de grandes cavités post-opératoires qui sont de véritables infirmités, même si par bonheur elles sont bien épidermisées.
- et surtout permettre la restauration fonctionnelle, but essentiel à l'heure actuelle de toute chirurgie de l'oreille.
- la tendance actuelle est de réaliser en un seul temps le curage des lésions et la réparation fonctionnelle.
- le curage préalable et total des lésions est obligatoire si on ne veut pas aller au devant de déboirs inévitables.

Il faudra donc supprimer tous les petits foyers d'ostéite :

- mettre hors de cause toute lésion inflammatoire active.
- vérifier l'état de la chaîne ossiculaire, des fenêtres ovales et rondes, l'état de la muqueuse, de la caisse, de l'aditus et de l'antre.

Cependant on envisage parfois une intervention réparatrice devant des lésions apparemment guéries.

Il faut prévoir dans ces cas avoir un jour suffisant pour bien vérifier l'état de l'oreille moyenne sans pour cela créer des cavités mutilantes et inutiles.

Quoiqu'il en soit, l'importance des lésions conduira à l'évidement plus ou moins étendu :

- soit total : évidement pétro-mastoïdien total
- soit partiel : évidement antro-attical, antro-atticotomie.

Les techniques sont variées et les voies d'abord différentes :

- voie postérieure rétro-auriculaire
- voie endaurale
- voie antérieure.

Nous allons décrire les différentes techniques employées pour les principaux évidements. Nous essaierons d'en dégager l'intérêt et la justification de leur emploi, puis nous exposerons la technique préconisée par le Docteur MASPEIOL qui présente à notre avis différents avantages que nous essaierons de démontrer.

BREF RAPPEL ANATOMIQUE DE L' OREILLE MOYENNE

Pair et symétrique, le système de l'oreille moyenne est intermédiaire aux deux autres systèmes : externe et interne.

Il se compose d'une série nombreuse de segments cavitaires totalement différents les uns des autres, mais dont les divers éléments, parfois multidivisés et hautement individualisés ne cessent jamais de communiquer entre eux.

En suivant l'étude de ce système depuis l'extrémité qui s'ouvre dans le pharynx on distingue :

- la trompe d'eustache,
- la caisse du tympan,
- la membrane du tympan,
- l'aditus et l'antre,
- la mastoïde.

LA TROMPE -

C'est un conduit ostéo-~~chondro~~-membraneux qui relie la paroi latérale du naso-pharynx à la paroi interne de la caisse du tympan.

Par la communication qu'elle établit entre les deux cavités qu'elle unit, la trompe joue le rôle de tuyau d'aération pour l'oreille moyenne.

Elle mesure 45 mm de long environ. Elle est en rapport avec un appareil musculaire de grande importance physiologique :

Ce sont :

- Le muscle péristaphylin externe couvrant la face antéro-externe de la trompe par l'étalement triangulaire de la lame charnue qui descend jusqu'au crochet de l'aile interne de la ptérygoïde sous lequel il se réfléchit.

Le muscle péristaphylin interne, par son trajet, est véritablement le muscle satellite de la trompe sous le plancher de laquelle son ventre charnu saille et fait le gros dos "PARABEUR".

Ces muscles sont dilatateurs de la trompe. La perméabilité de la trompe est indispensable pour obtenir les résultats satisfaisants après

une tympanoplastie. Aussi la perméabilité de la trompe devra-t-elle être vérifiée pré, per, et post-opératoire.

LA CAISSE

C'est une cavité osseuse creusée dans le rocher, tapissée par un revêtement muqueux et qui loge notamment les osselets.

Sa situation intermédiaire au fond du conduit auditif externe et à l'oreille interne lui vaut comme agent de transmission des ondes sonores une place prépondérante dans l'ensemble de l'oreille moyenne.

La forme de cette cavité creusée dans le tiers moyen de la pyramide pétreuse est d'une grande irrégularité.

Néanmoins, on peut lui décrire six parois limitantes les dimensions internes sont difficiles à préciser.

En moyenne :

- la hauteur est de 15 mm en arrière
- " " " " 7 mm en avant
- sa longueur est de 13 mm
- sa largeur au niveau de l'attique atteint 5 à 6 mm et se réduit à 2 ou 3 mm au niveau du promontoire.

Elle est formée aux dépens de :

- la pyramide pétreuse
- de l'écaille du temporal
- et du tympanal.

d'avant en arrière, on distingue, trois zones particulières :

- zone pétro-tympanale
- zone pétro-squamo-tympanale
- zone pétro-squameuse

Elle est divisée en deux étages

- étage supérieur : l'attique contenant les osselets
- étage inférieur : atrium ou caisse du tympan proprement dit

La caisse contient les osselets. Sa face interne présente des reliefs et des orifices que nous rappelons très rapidement.

- canal demi-circulaire externe
- relief du facial

- fenêtre ronde
- fenêtre ovale.

La paroi interne est donc très riche en éléments importants et est par conséquent très délicate.

La paroi postérieure présente l'aditus et forme le mur du facial. Le nerf a un trajet oblique en bas et en dehors sur 10 à 12 mm son coude est sous l'aditus, il se termine au trou stylo-mastoïdien.

L'ADITUS et L'ANTRE

Ces deux nouveaux secteurs du système de l'oreille moyenne relient la cavité de la caisse à celle de multiples cellules épanouies dans la mastoïde.

L'aditus est un repère opératoire du plus haut intérêt par sa fixité de forme et de situation .

Il représente un goulet inter-attico-antral rétréci au grand axe dirigé en arrière, en dehors et légèrement en haut sur 4 à 5 mm de long. Il mesure 4 mm de haut et 3 mm de large du moins sous le tegmen car sa lumière se rétrécit progressivement jusqu'au plancher réduit à un simple sillon arrondi.

Sa paroi profonde est soulevée par la bouche du canal externe dont le relief éburné constitue un repère opératoire, essentiel dans un évidement ou même une simple mastoïdectomie.

Il apporte de précieux renseignements sur l'exacte situation du coude du facial dont l'amorce supérieure est surtout vulnérable lors d'une opération en raison de sa plus grande proximité.

L'antra est difficile à préciser topographiquement et morphologiquement. Sa diversité est due surtout au degré si variable de pneumatization mastoïdienne péri-antrale.

Les repères de l'aditus et de l'antra sur le cortex superficiel de la mastoïde sont surtout : le toit du conduit auditif osseux.

La projection de l'antra est très imprécise. Les autres repères épine de houle

- linéa temporalis
- plancher de la fosse temporale, sont très variables.

EN CONCLUSION

Il ressort de cette rapide étude anatomique que les points vulnérables sont :

- la paroi interne de la caisse
- le plancher de l'aditus

que la position et la forme de l'antre sont très variables. Il sera donc difficile de la repérer si on l'attaque à travers la corticale mastoïdienne.

NOUS ALLONS EXPOSER MAINTENANT LES DIFFERENTS TYPES D' EVIDEMENTS

A/ L' EVIDEMENT PETRO-MASTOÏDIEN TOTAL

L'évidement pétro-mastoïdien total consiste essentiellement à supprimer la paroi externe de l'antre , de l'aditus et de la caisse et enfin à extraire le contenu ossiculaire.

Il aboutit à une cavité opératoire en forme de bissac dont l'épaule est représenté par le mur du facial.

L'évidement total met à plat le foyer dans toute son étendue sans considération fonctionnelle ou esthétique.

HISTORIQUE

En 1891 ZAUFAL (de PRAGUE) combinant l'antrotomie, l'atticotomie et l'ossiculotomie réalisa pour la première fois l'évidement pétro-mastoïdien total classique. Par la suite, on appela cette intervention "l'opération de SCHWARTZ" pour les perfectionnements techniques que cet auteur lui apporta.

Mais ZAUFAL fut précédé par SCHWARTZ qui le premier s'en prit à l'antre mastoïdien.

En 1888 KUSTER et BERGMANN (de BERLIN) firent les premières tentatives pour élargir vers la caisse cette antrotomie en réséquant la paroi postérieure du conduit.

Vers la même époque, LUDWIG conseillait et pratiquait une ossiculotomie.

En 1890 STAKE (de HALLE) inventa l'atticotomie en réséquant le mur de la logette par la voie rétro-auriculaire après avoir par la même

voie enlevé les osselets et le tympan.

Cet évidement total peut se faire avec plus ou moins de facilités par voie rétro-auriculaire ou endaurale.

B/ LES EVIDEMENTS PARTIELS

Les évidements partiels ont une tendance conservatrice.

Nous distinguons :

I - l'évidement attico-antral

Sa mise au point a été faite en 1942 par RAMADIER et EYRIES.
Il s'agit d'une intervention à la fois conservatrice pour l'atrium mais radicale pour l'antré et l'attique. Il s'agit en somme d'une antro-atticotomie avec ossiculotomie sub-totale :

- enclume et tête du marteau

Cet évidement antro-attical réalise le plus souvent le but curatif et prophylactique poursuivi en évitant des inconvénients fonctionnels et anatomiques de l'évidement total.

HISTORIQUE :

Avant RAMADIER et EYRIES on trouve quelques communications :
Matte en 1905 voulant améliorer les résultats de l'évidement total conseillait de conserver le tympan et de l'opposer contre l'étrier grâce à l'ablation des deux premiers osselets.

NEUMAN en 1928 préconisait de resequer la tête du marteau au cours de la radicale conservatrice (antro-atticotomie) lorsque l'extrémité de l'attique est très étendue, de façon à ne pas laisser de lésions inaperçues.

Dans les "traité des affections de l'oreille" de LERMOYER BOULAY et HAUTANT (1921) on trouve mentionnée une opération qui consiste à ajouter l'extraction de l'enclume à l'évidement partiel (antro-atticotomie) lorsque cet osselet est reconnu malade.

II - L'ANTRO ATTICOTOMIE

Préconisée par Messieurs BOURDIAL, DEBAIN, COUSSIEUX, LALLEMANT cette intervention très limitée consiste à aborder l'antré par voie endaurale.

L'antre, l'aditus et l'attique sont largement ouverts, on résèque le mur de la logette et le coude tympanal après désinsertion du tympan sans toucher aux osselets.

Ce n'est donc pas autre chose que l'évidement antro-attical moins l'ablation de l'enclume et de la tête du marteau.

Au point de vue cicatrisation, l'antro-atticotomie ne diffère pas sensiblement, mais elle a une grande valeur sur le résultat de l'otorrhée et sur la fonction auditive.

III - Enfin disons un mot de l'atticotomie simple avec ou sans ossiculotomie qui ne pose pas de problème particulier.

HISTORIQUE

STAKE et PANSE furent les premiers qui eurent l'idée de conserver le tympan et les osselets tout en supprimant les lésions antro-atticales.

HEATH fait mordre l'antrotomie sur la paroi externe de l'attique mais ménage scrupuleusement le cadre de la paroi postérieure du conduit membraneux.

BONDY supprime complètement la paroi atticale externe y compris la partie correspondante du cadre tympanal.

MAHU introduit cette technique, en FRANCE, en 1910.

SOURDILLE en 1915 en règle certains points de technique.

CONSIDERATIONS SUR CES DIFFERENTS EVIDEMENTS

A / L'évidement pétro-mastoïdien total.

Il réalise au maximum la prophylaxie des complications de l'otorrhée purulente en mettant à plat, tous les foyers.

Mais on doit lui opposer de multiples inconvénients sur le plan anatomique et fonctionnel :

- lenteur de la cicatrisation

- longueur des soins post-opératoires : durant deux à trois mois les premiers soins sont très douloureux.
- imperfections fréquentes de la cicatrisation. En effet la cavité opératoire doit être parfaitement cicatrisée.

Le compartiment postérieur ou mastoïdien doit être le plus réduit possible, pour éviter l'accumulation de sérumen ou de débris épidermiques macérants dans une région difficilement accessible. Le compartiment antérieur doit être spacieux s'ouvrant à l'extérieur par un large orifice de plastie permettant une toilette facile et une bonne surveillance de la cavité.

Malheureusement les résultats sont loin d'être aussi bons car ;

- rétrécissement de l'orifice de plastie,
- comblement massif en entonnoir de l'ensemble de la cavité
- persistance d'un profond et vaste cul de sac postérieur
- et surtout : persistance ou récurrence de la suppuration ou du cholestéatome.
- enfin persistance de l'otorrhée tubaire post-opératoire, séquelle assez fréquente de la "Radicale".
- Quant aux résultats fonctionnels ils sont très mauvais.

Aggravation de l'hypoacousie préexistante.

- en outre, bourdonnements d'oreille, vertiges et même quelques signes vestibulaires objectifs peuvent apparaître relevant soit d'une sclérose labyrinthique soit d'une arachnoïdite chronique de la fosse supérieure.

Devant de tels inconvénients, l'évidement total doit céder le pas à des évidements économiques rendus plus aisés par l'usage des antibiotiques

Cependant on a parfois la main forcée devant :

- des complications méningo-encéphaliques
- des labyrinthites chirurgicales
- des foyers de pétrosite et

- la thrombo-phlébite du golfe de la jugulaire.

Ces cas sont heureusement devenus rares, aussi peut on faire appel à des évidements partiels.

B / Evidement antro-attical

Cette technique s'applique à la majorité des cas d'otorrhée chronique ayant résisté au traitement conservateur.

Disons aussi que les lésions d'otite chronique suppurée sont dans la plupart des cas limitées aux cavités attico-antrale.

La paralysie faciale ou existence d'une fistule de GELLE ne contre-indique pas cette intervention.

Elle respecte le tympan et n'entraîne aucune lésion de la muqueuse de la caisse, ce qui donne une cicatrisation rapide, un bon résultat fonctionnel et fait disparaître tout rétrécissement ou difformité du conduit si on a eu soin au cours de l'intervention de respecter le conduit membraneux.

Il faut faire place à part des cas où les lésions de la caisse sont importantes et où l'évidement antro-attical n'est plus suffisant.

C / L'Antro-atticotomie

Cependant son indication est très discutée.

Elle est indiquée dans les cas :

- d'otorrhée unilatérale avec acuité auditive à peine diminuée
- d'otorrhée bilatérale
- d'otorrhée unilatérale accompagnée d'une surdité d'origine quelconque du côté opposé

En conclusion nous voyons que l'évidement total est une intervention trop importante, elle ne sera pratiquée que la main forcée.

Cependant la chirurgie actuelle ayant pour but de restaurer la fonction auditive de l'oreille, la greffe tympanique ne peut être pratiquée que s'il ne persiste aucun foyer d'ostéite ou d'inflammation en activité.

L'évidement sera donc fonctionnel, c'est à dire que le curage des lésions, pour total qu'il soit ne se fera qu'à la demande.

Le Chirurgien fera donc un curage soigné et total des lésions tout en évitant de créer des cavités trop grandes et inutiles. Il sera en plus restreint par la nécessité d'un jour suffisant pour l'examen de ces lésions et éviter la blessure d'un organe important de la région.

C'est pour répondre à ces impératifs que les voies d'abord sont discutées.

Nous allons exposer celles qui sont actuellement employées puis celle que préconise notre Maître le Docteur MASPETIOL.

L'OREILLE MOYENNE PEUT ETRE ABORDEE PAR DIFFERENTES VOIES :

- Par les conduits auditifs externes
 - soit sans toucher à ses parois
 - soit en détruisant une partie de sa paroi osseuse.
- Par voie rétro-auriculaire
- par voie pré-auriculaire.

A / VOIE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE :

C'est la voie d'abord qui fut la plus anciennement pratiquée. Le conduit auditif externe aboutit en effet directement à l'oreille moyenne. Il permet d'observer la partie la plus étendue de l'oreille qui n'est masquée que par le tympan, c'est à dire, la caisse à l'exception toutefois de l'attique que cache le mur de la logette.

Cette voie est évidemment la plus simple puisqu'elle ne s'attaque à aucune paroi osseuse :

Elle fut réalisée pour la première fois par BOURGUET et par LEMPET. Elle se fait sous anesthésie locale ou générale.

Opération de LEMPET :

Après infiltration de la peau du conduit à la novocaïne, on pratique une incision dans la partie la plus profonde du conduit, à quelques mm du dehors de la membrane tympanique.

L'incision trace un demi-cercle inférieur de 3 h. à 9 h. On rugine ensuite délicatement la peau du conduit qu'on décolle jusqu'au sulcus tympanicus.

On désinsère ensuite soigneusement la partie inférieure du tympan et on la récline vers le haut.

On a ainsi une vue sur la moitié inférieure de la caisse et sur presque tout le promontoire.

B / VOIE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE ELARGIE :

En reprenant l'intervention précédente abraser le mur de la logette et même en arrière à la recherche de lésions d'ostéite éventuelles en direction de l'aditus et de l'antre. Les frères THIES l'ont décrite en 1912

Après anesthésie locale.

Incision profonde du conduit avec un fin bistouri, partant de l'angle postéro-supérieur du conduit à son bord inférieur, restant à 1 mm du tympan en le contournant.

Deux incisions secondaires partent de cette incision curviligne profonde et se dirigent vers l'orifice externe du conduit; l'une dans l'angle postéro-supérieur, l'autre au plancher du conduit.

On rugine, puis on décolle un lambeau cutané que l'on amare avec un petit crochet et que l'on attire vers l'extérieur.

On attaque alors l'attique directement sur la paroi externe du mur de la logette; en partant du pourtour de la perforation de l'attique si elle existe. On détruit ainsi tout le mur de la logette en mettant en continuité le toit de l'attique et le toit du conduit.

Un petit stylet dirigé vers le haut donne exactement la notion de l'os qui peut persister et qu'il faut abattre.

On poursuit alors la trépanation vers l'aditus et l'antre.

Certains auteurs ont apporté quelques modifications à cette technique.

LEMPERT en 1929 : trépane l'antre d'abord

GUNS en 1930

puis BOURGUET qui ouvre l'attique d'abord comme THIES.

C/ VOIE ENDOTYMPANE

Ici la voie d'abord n'est plus le fond conduit auditif.

Si l'incision est encore en partie dans le conduit, sa forme permet un meilleur jour et l'attaque osseuse à partir de la corticale mastoïdienne.

L'incision cutanée dite de LEMPÉRT

Type I :

La première incision est semi-circulaire au ras du tympan de 11 h à 6 h pour l'oreille droite (1 h à 6 h pour O.G).

La deuxième incision va de l'extrémité supérieure de la première au bord inférieur de l'hélix.

La troisième, de l'extrémité inférieure de la première à l'extrémité supérieure de la seconde.

Type II :

Exision cutanée d'un triangle formé par les trois incisions suivantes :

la première part d'un point A situé à la partie supérieure du conduit, un peu au-dessous du pôle supérieur du méat à l'union du conduit osseux et du conduit cartilagineux (1 h pour O.D - 11 h pour O.G), cette incision est légèrement oblique le long de la postérieure, elle aboutit à un point B situé soit à 7 h pour l'O.D, soit 5 h pour l'oreille G.

La deuxième incision part du point A, elle est verticale vers le haut puis passe entre le tragus et la racine de l'hélix jusqu'à un point C situé à 1 cm ou 1,5 cm de l'orifice externe du conduit.

La troisième incision réunit l'extrémité inférieure B de la première incision à l'extrémité supérieure C de la deuxième. Elle est curviligne circonscrivant le pôle postéro-supérieur du méat. Il faut pour la tracer attirer le pavillon de l'oreille en haut et en arrière.

Les incisions terminées; on excise le triangle A.B.C en commençant par l'angle A en ruginant progressivement d'avant en arrière et de dedans en dehors.

Type III :

Cette incision est très voisine de la précédente. Quoiqu'il en soit la peau et le tissu conjonctif du triangle ainsi délimité sont supprimés. La rugination permet la mise à nu de la corticale mastoïdienne, que

LEMPERT attaque à la fraise.

Le conduit est sérieusement décollé au fur et à mesure de la progression vers l'attique qui est abordée d'arrière en avant.

TECHNIQUE DE SCHAMBAUGH

Il modifie l'incision cutanée. Elle commence au niveau du toit du conduit à 1 cm de profondeur, se dirige de dedans au dehors puis de bas en haut en remontant en avant de l'hélix jusqu'à mi-hauteur de celui-ci. Une deuxième incision partie de l'extrémité inférieure de la précédente contourne la moitié postérieure de l'orifice externe du conduit à $\frac{1}{2}$ cm de profondeur. Elle sort au niveau du plancher du conduit, devient externe et décrivant à ce niveau un court trajet au bas et en arrière de quelques mm

D / VOIE ENDAURALE ECONOMIQUE

Dans les techniques précédentes (LEMPERT - SCHAMBAUGH) on aborde l'oreille moyenne d'arrière en avant comme dans l'évidement classique de SCHWARTZ. C'est à dire qu'on commence par repérer l'antre, puis on progresse vers l'aditus et enfin vers l'attique en amenuisant et en détruisant progressivement le mur de la logette jusqu'à faire sauter le pont classique. Au préalable la peau du conduit et le schrapnel ont été soigneusement décollés.

On peut cependant attaqué directement l'attique en évitant d'ouvrir l'aditus ou tout au moins l'antre et en se servant des mêmes incisions cutanées que LEMPERT ou SCHAMBAUGH.

LEDOUX, en 1932 attaque directement la paroi externe de l'attique au niveau de la face inférieure de la racine horizontale du zygoma.

De LINC, HIGUER abordent de même l'attique par la face externe de la racine horizontale du zygoma. Ils conservent aussi longtemps que possible un petit mur osseux constitué dans la profondeur par le mur de la logette et qui protège le lambeau constitué par la peau du conduit et la membrane de SCHRAPNEL. Ce lambeau est décollé au fur et à mesure de la progression.

AUBRY au contraire commence par décoller entièrement le conduit et désinsérer le tympan. Il n'aborde pas la racine horizontale du zygoma par en dehors, mais par en dessous et ôte moins d'os. L'attique est ouvert en même temps que le mur de la logette est supprimé.

On évite ainsi de mettre à nu une dure mère procidente.

E / VOIE RETRO-MASTOÏDIENNE

Opération de STACKE.

STACKE eut le premier l'idée d'aborder l'attique en même temps que l'antre.

Il fait une incision rétro-auriculaire classique, décolle le conduit jusqu'au tympan. Puis il entaille la partie profonde de la paroi postérieure, jusqu'à l'antre. Met en place un protecteur qui est glissé dans l'attique au-dessous du mur de la logette pour protéger le facial et les fenêtres. Trépane alors à la gouge l'attique en faisant sauter le mur de la logette, il l'agrandit alors ensuite, vers l'aditus et l'antre.

Opération de SCHWARTZ

Légèrement modifiée par WOLF, puis par HAUTANT, c'est la voie que préconise LAURENS après incision rétro-auriculaire et rugination, on trépane de façon excentrique en haut et en arrière, la paroi postéro-supérieure du conduit jusqu'à la rencontre de l'antre.

On détruit ensuite progressivement le mur de la logette jusqu'à faire sauter le pont classique. On peut ménager soigneusement la peau du conduit, le tympan, et les osselets (évidement partiel) ou les sacrifier suivant leur état (évidement total).

F / VOIE PRE-AURICULAIRE DE POPPER

Elle ne donne un bon jour que sur le promontoire et ne peut être envisagée comme voie d'abord, dans les évidements.

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES SUR LES VOIES D'ABORD

L'étude de ces différentes voies montre plusieurs choses. Dans la voie du conduit auditif, même élargie, le jour donné au champ opératoire est insuffisant pour les évidements.

Dans la voie endaurale

- raccourcissement du temps de l'intervention
- champ opératoire exangue

- absence de cicatrice
- excellente visibilité de la caisse et de l'attique
- suppression du temps plastique
- mais la vue sur la mastoïde est moins bonne que dans la voie retro-auriculaire.
- de plus, la voie endaurale est inutilisable devant l'apparition de complications telles que thrombo-phlébite du sinus ou abcès du cervelet.

Dans la voie rétro-auriculaire :

Le jour est très bon, mais au cours de l'ouverture à la gouge de l'aditus on risque de blesser le facial ou le canal semi-circulaire externe.

Au niveau de l'aditus, le stylet protecteur peut luxer la branche horizontale de l'enclume.

Au niveau de l'attique, la gouge agissant de dehors en dedans peut rompre la continuité ossiculaire.

Même si l'expérience réduit, et la difficulté et les dangers de l'opération, il s'agit là d'une intervention longue.

La durée de l'intervention ne serait qu'un facteur accessoire si l'on ne faisait qu'un évidement, mais nous avons vu que l'évidement total ou partiel ne constitue à l'heure actuelle que le premier temps d'une tympanoplastie.

Au cours d'une tympanoplastie, le traitement des lésions ossiculaires et la greffe constituent deux temps opératoires très longs et très méticuleux. C'est dire l'intérêt de raccourcir le premier temps qui est osseux.

La technique que nous allons exposer, celle que préconise notre Maître, le Docteur M. SÉTIOL, nous paraît présenter des avantages certains du fait de sa rapidité d'exécution, la simplicité de sa technique, l'absence de danger pour le facial, le labyrinthe et les osselets.

Cette technique s'adresse aux évidements pétro-mastoïdien, aux évidements antro-attical et aux antro-atticotomies.

TECHNIQUE DE L' EVIDEMENT RETROGRADE

ou

EVIDEMENT ATTIVO-ANIRO-MASTOIDIEN

Anesthésie

L'anesthésie générale est indispensable car l'intervention doit être minutieuse, par conséquent non limitée dans le temps.

Elle permettra d'éviter les mouvements du malade qui rendraient plus délicats les différents temps de l'opération.

Elle pourra être réalisée de différentes façons :

- soit anesthésie de base, complétée par une anesthésie générale (WULSTEIN).

- soit anesthésie générale à l'éther avec intubation (ABOULKER P.) pour éviter la tendance au saignement, le malade étant placé en position déclive, tête haute avec au besoin, utilisation d'hypotenseurs dont certains tels que l'Arfonad sont facilement et constamment contrôlables, à condition de ne pas descendre au-dessous de 8 pour le maximum.

- soit injection à la demande, dans une tubulure, d'un sérum intraveineux de petites doses de pentothal potentialisées par le mélange Largactil-Dolosal-Phenergan (Dr. MASPETIOL).

L'anesthésie locale : novocaïne à 1 % adrénalinée, utile par son effet ischémiant, permet de diminuer les doses de l'anesthésie générale.

Technique proprement dite :

La voie d'abord est postérieure, rétro-auriculaire, elle donne un très bon jour et permettra une meilleure visibilité de la fenêtre ronde en dirigeant le microscope d'arrière en avant et dans l'axe mastoïde-front.

L'incision se fera en suivant le sillon rétro-auriculaire, ménageant en arrière une zone glaire de 1 à 2 cm, qui sera la surface de prélèvement de la greffe.

Cette greffe sera tout de suite prélevée en faisant une seconde incision, commençant à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 supérieur de l'incision rétro-auriculaire, suivant la ligne d'insertion des cheveux et rejoignant l'extrémité inférieure de l'incision rétro-auriculaire.

Ce greffon sera donc falciforme à concavité antérieure.

On le place en attente dans un bain de sérum physiologique tiède au cours de l'intervention l'aide l'amincira à l'aide de fins ciseaux en dépouillant sa face profonde de tout le tissu graisseux, on rugine le périoste.

Cependant l'incision rétro-auriculaire peut empiéter sur la face postérieure du pavillon pour avoir ainsi un plus grand greffon. Certains auteurs ne le prélèvent qu'en fin d'intervention.

Cette rugination se fera rapidement en ayant soin de mettre en évidence les différents points de repère :

- bord postérieur et supérieur du conduit
- épine de Henle
- crête sus-mastoïdienne.

Décollement du conduit :

On décolle la paroi postérieure du conduit avec une spatule mousse ou une rugine à cloison.

Ce décollement de la paroi postérieure se fera du pôle supérieur au pôle inférieur sur la circonférence.

En profondeur, on s'arrêtera à 5 ou 6 mm du tympan.

En effet, si l'on veut désinsérer le tympan dans les temps suivants de l'intervention, il est nécessaire de laisser une collerette de téguments car l'examen de la fenêtre ronde demandant l'abrasion de la face antérieure du mur du facial, lors du rabattement du tympan il restera une déhiscence.

On créera aux dépens de cette paroi postérieure du conduit (à condition qu'elle soit en bon état) un lambeau à charnière externe.

Le but de ce lambeau est d'éviter les bourgeonnements et les atrésies de l'orifice méatique, d'économiser le greffon et d'avoir une vue directe sur le fond de l'oreille.

Son tracé demande trois incisions :

- deux horizontales, le long du bord supérieur et inférieur de la paroi postérieure,
- une verticale profonde restant comme nous l'avons vu à 5 ou 6 mm du tympan.

Hémostase

A ce moment de l'intervention, il est nécessaire d'obtenir une hémostase parfaite qui se fera par électro-coagulation, car l'hémorragie se faisant en nappe, les ligatures seront inutiles, difficiles et inefficaces.

Dès lors le champ opératoire est exangue le jour est excellent

On commence le temps osseux, l'opération se fait entièrement à la fraise aidée de l'aspirateur-laveur.

Précisons dès maintenant un point important : autant une fraise maniée avec des mains habiles et exercées est un merveilleux instrument de travail pour sa précision et sa rapidité, autant elle devient un véritable danger lorsqu'elle est maniée par des mains peu habituées à elle.

Disons tout de suite que l'intervention qui débute par un évidement doit tendre à se terminer par une tympanoplastie.

La ligne de conduite suivie sera légèrement différente suivant le malade, le siège et l'étendue de la ou des lésions.

On examinera le tympan en appréciant son état, le siège de la perforation, son étendue.

Si l'on se décide à conserver le tympan, il faut tout de suite aviser les bords de la perforation à l'aide d'un bistouri fin, coudé à angle droit. On détache la couche épidermique du tympan dont les fragments seront retirés à l'aspirateur ou à l'aide d'une très fine pince à mors très préhensifs.

Puis le tympan sera soigneusement et délicatement désinséré et rabattu en avant autour de la charnière constituée par le manche du marteau. On aperçoit la corde du tympan que l'on essaiera de conserver en l'attirant vers le bas.

On peut alors attaquer l'attique. Ce travail sera exécuté avec une fraise très fine, soit ronde, soit conique, en un point situé à l'intersection d'une ligne horizontale passant à 1,2 mm au-dessus du mur de la logette et d'une ligne verticale passant par l'articulation enclume-marteau.

La situation de cette articulation est jugée d'après la position du manche du marteau et de la branche descendante de l'enclume et de l'étrier du moins lorsqu'ils sont visibles à travers la perforation.

La zone d'attaque est très basse parce qu'à ce niveau la paroi du mur de la logette est mince., (la corde du tympan qui est à ce niveau aura au préalable été abaissée).

Elle correspond à l'emplacement présumé de l'articulation enclume-marteau, parce que cette fenêtre atticale permet d'emblée de se rendre compte de l'état de la tête du marteau et du corps de l'enclume.

On vérifie également l'existence ou non de lésions muqueuses ou de cholestéatome.

Resection de la paroi externe de l'attique.

Cette résection se fera à la fraise en s'aidant du laveur-aspirateur. La fraise n'agit plus de dehors en dedans mais soit selon un plan tangentiel, soit de dedans en dehors. Cet angle d'attaque ne présente donc aucun danger pour les osselets. La résection s'efforcera de garder un point osseux le plus large possible, que l'on fera sauter si l'on se décide à l'ablation totale des osselets.

2° Temps : l'aditus et l'autre :

On prolonge la cavité atticale en arrière en utilisant toujours la fraise.

On résèque la paroi externe de l'aditus et de l'attique en suivant d'avant en arrière, d'abord superficiellement l'angle postéro-supérieur du conduit, puis profondément le mur du facial.

Comme dans le temps précédent, la fraise est déplacée non pas de dehors en dedans, mais de dedans en dehors ou selon un plan tangentiel.

Des lésions peuvent exister près du mur du facial, on utilise alors des fraises diamants avec irrigation abondante.

3^e temps : mastoïdien

En partant de l'antre et en se dirigeant vers l'arrière, on attaque à la fraise, d'abord la corticale, puis les cellules mastoïdiennes selon l'importance et l'étendue des lésions mastoïdiennes; on utilise des fraises rondes de diamètre plus ou moins grand (allant jusqu'à 1 cm de diamètre)

L'évidement terminé, les lésions étant curetées, les foyers mis à plat, on peut alors s'occuper de l'examen du système de transmission ossiculaire et de la greffe.

C O N C L U S I O N

D'autres auteurs ont déjà préconisé des techniques d'avant en arrière.

STACKE, par voie rétro-mastoïdienne, attaquait à la gouge la partie profonde de la paroi postéro-supérieure du conduit jusqu'à l'antre. Mais d'une part, les mouvements de la gouge allant de dehors en dedans sont donc dangereux, d'autre part, l'attique n'est ouvert qu'en dernier lieu.

Les Frères THIES, utilisant la voie du conduit, attaquaient d'emblée à la gouge l'attique, en partant du pourtour de la perforation du Shrapnel lorsqu'elle existe, mais la direction de la gouge n'est pas sans danger et la suppression du cadre tympanique est systématique.

BOURGUET, par la voie du conduit, aborde également dans un premier temps l'attique.

Dans la technique de HAUTANT, on trépane à la gouge, à la fois l'antre et l'attique.

Mais la mise au point de certains détails de technique opératoire et en particulier l'emploi exclusif de la fraise aidée de l'aspirateur-laveur, met en valeur des avantages certains (Dr MASPETIOL).

Avantages de cette technique :

1/ Le premier avantage pratique qui est considérable, surtout lorsque l'évidement constitue le stade initial d'une tympanoplastie, c'est la rapidité d'exécution.

La trépanation de l'attique est réalisée en 1 à 2 minutes, quant à l'évidement, il est terminé en 10 à 15 minutes.

2/ Cette technique d'évidement attico-antro-mastoïdien apporte à la tympanoplastie un autre facteur de gain de temps.

Après examen de la fenêtre ovale et exploration de l'attique à travers la fenêtre atticale réalisée comme voie d'attaque, on dispose d'emblée de toutes les données anatomiques permettant d'établir dès le début de l'opération, le plan de tactique opératoire.

3) Cette technique d'évidement attico-antro-mastoïdien est toujours d'exécution facile.

A l'opposé de l'antro dont la découverte est parfois difficile (antro petit, profondément situé, dont l'abord peut être gêné par une méninge ou un sinus procident) l'attique au contraire constitue toujours une grande cavité, sa découverte ne pose aucun problème.

En partant de l'attique, l'ouverture de l'aditus et de l'antro ne soulève aucune difficulté. Il est inutile, avec un stylet, de rechercher ces orifices. La fraise contournant d'avant en arrière, et de haut en bas, d'abord superficiellement l'angle postéro-supérieur du conduit, puis profondément le cadre tympanique et le mur du facial, ouvre successivement, et l'aditus et l'antro.

La précision d'un geste chirurgical exécuté à la fraise rend aisé :

- ;
- la résection de la paroi externe du récessus antérieur souvent laborieuse à la gouge,
- l'amincissement du cadre tympanal sans risque de fracture.

4/ L'évidement attico-antro-mastoïdien ne fait courir aucun danger pour le facial, le labyrinthe et les osselets.

Pour le facial, au niveau de l'attique, il est situé profondément, loin de la fraise qui est maniée de dedans en dehors. Au niveau de l'antro, il est protégé par le repère du mur facial.

Pour le labyrinthe, la fraise déplacée, soit selon un plan tangentiel, soit de dedans en dehors, est toujours à distance du canal semi-circulaire externe.

Pour les osselets, durant la trépanation de l'attique, il est évident que l'on arrête toute pression lorsque la fraise commence à pénétrer dans l'attique. Il existe d'ailleurs un espace de 1 à 2 mm environ entre la face interne du mur de la logette et les osselets.

Au besoin, en utilisant une fraise conique, on se mettra à l'abri de tout danger de luxation des osselets.

En dehors de la trépanation atticale, la fraise est sans danger pour les osselets puisqu'elle n'est pas dirigée de dehors en dedans.

Ajoutons de plus, qu'en abordant la mastoïde par voie rétrograde on évite de créer d'emblée et inutilement une grande cavité mastoïdienne dont la cicatrisation est un des problèmes délicats de la tympanoplastie.

L'évidement attico-antro-mastoïdien, par sa rapidité d'exécution par sa simplicité, par l'absence de danger pour le facial, le labyrinthe et les osselets constitue pour nous, la technique de choix, surtout lorsqu'il s'agit d'un évidement au cours d'une tympanoplastie.

CONCLUSIONS GENERALES

L'essor de la chirurgie fonctionnelle de l'oreille a remis en question les voies d'abord dans les interventions sur l'oreille moyenne.

Cette chirurgie fonctionnelle est devenue possible grâce à :

- l'emploi des antibiotiques
- des moyens d'observation optique par opératoire
- l'usage des greffes libres et aussi
- l'habileté et l'audace des chirurgiens

La chirurgie de l'oreille moyenne doit donc répondre à plusieurs impératifs :

- faire un curage total des lésions
- tout en étant la plus conservatrice possible, dans un but esthétique et surtout fonctionnel
- de plus elle doit être sans danger.

Les différentes techniques proposées ont leurs avantages et leurs inconvénients.

Celle que préconise notre Maître, le Docteur MASPETIOL nous apparaît comme celle donnant le plus de garantie.

- elle donne un jour excellent par voie rétro-auriculaire
- elle peut s'appliquer à tous les types d'évidement et à le mérite de faire une chirurgie à la demande, ne créant pas ainsi des cavités mutilantes et parfois inutiles.

L'usage absolu de la fraise, aidée de l'aspirateur-laveur élimine les dangers pour la chaîne ossiculaire et le facial.

En outre, le temps osseux est extrêmement raccourci laissant tout le temps nécessaire au traitement des osselets à la tympanoplastie.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur AUBRY

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

AUBRY M.

Chirurgie de l'oreille, du nez et du larynx.

HOFFMANN R.

traitement conservateur chirurgical des otorrhées chroniques.

KETTEL K.

L'évidement tympano-mastoïdien par la voie du conduit.

MAHU G.

de l'évidement pétro-mastoïdien partiel avec conservation du tympan et des osselets.

RAMADIER et YENES Ch.

Technique de l'évidement antro-attical (Annales ORL 1942)

SOURDILLE M.

Trépanation mastoïdienne élargie et atticotomie trans-mastoïdienne.

Encyclopédie médico-chirurgicale O.R.L

Evidement rétrograde Docteur MASPETIOL Annales ORL 1959



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODÉon 58-90